

გეგეშიძე ნ.¹, ჭაავა ხ.¹, შავდია მ.², ნინაშვილი ნ.³

**პალიატიური სამედიცინო ტაქტიკის არჩევა
ონკოლოგიურ პაციენტებში სიცოცხლის
შესაძლო ხანგრძლივობის
გათვალისწინებით**

თსსუ, შინაგან დაავადებათა პროპედევტიკის
დაპარტამენტი¹; ონკოლოგიის დაპარტამენტი²;
ეპიდემიოლოგიისა და გიოსტატიკის
დაპარტამენტი³

პალიატიური მზრუნველობის ხარისხის უზრუნველყოფა ონკოლოგიურ პაციენტებში მედიცინის ერთ-ერთი ურთულესი ამოცანაა. იგი მოითხოვს ექიმთა პროფესიული კომპეტენციის ფორმირებას, პაციენტის და მისი ოჯახის წევრების ცხოვრების ხარისხის მაქსიმალურად შენარჩუნებას. მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის განმარტებით, პალიატიური მზრუნველობის მთავარ ამოცანად რჩება პაციენტების უზრუნველყოფა ისეთი მხარდაჭერის სისტემით, რომელიც მისცემს მათ საშუალებას, შესაძლებლობის ფარგლებში, შეინარჩუნონ აქტიურობა სიცოცხლის ბოლომდე. თანამედროვე მედიცინაში გამოიკვეთა, რომ ონკოპაციენტები პალიატიური მედიცინის სპეციალისტებთან ხვდებიან დაავადების ადრეულ სტადიებზეც, შეინიშნება რა პალიატიური სამედიცინო დახმარების დივერსიფიკაციის პროცესი, რაც განპირობებულია ონკოლოგიური პაციენტების რაოდენობრივი ზრდით, რომლებიც ამა თუ იმ დოზით პალიატიურ დახმარებას დაავადების ადრეულ ეტაპებზეც საჭიროებენ, იმ გვერდითი მოვლენების გამო, რომელიც თან ახლავს აქტიურ მკურნალობას [1,4,5]. პაციენტის პრობლემაზე ორიენტირებული მულტიდისციპლინური პრინციპით მომუშავე პალიატიური მედიცინის სპეციალისტები სრულად ერგებიან ონკოპაციენტების რეადაპტაციისა და ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესების პროცესის შემდგომ დახვეწასა და სრულყოფას [2,7]. ამ კონტექსტში პალიატიური მზრუნველობა განუყოფელ ნაწილად მოიაზრება პაციენტების დახმარება ადაპტაციის პროცესში, რომელიც მთავარწილია სრულფასოვანი სიცოცხლის შენარჩუნებისკენ თითოეულ კონკრეტულ კლინიკურ შემთხვევაში [1,3,7]. შესაბამისად, ონკოლოგიურ პაციენტთა ფსიქოლოგიური და ფიზიკური პოტენციალის მაქსიმალური შესაძლო ზრდა უნდა განიხილებოდეს, როგორც რეალური მიზანი დაავადების ყველა სტადიაზე [9,13,14].

პალიატიური მზრუნველობა მიზნად ისახავს ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებას, რაც გულისხმობს პაციენტისათვის მაქსიმალური კომფორტის შექმნას, როგორც ფიზიკური, ისე სულიერი თვალსაზრისით.

პალიატიური დახმარების საკვანძო საკითხებია:

- მხარდაჭერა;
- მულტიდისციპლინური მიდგომა;
- მაქსიმალური კომფორტის უზრუნველყოფა;
- არსებულ ვითარებასთან ადაპტაციის უზრუნველყოფა;

- გაურკვევლობის გრძნობის დაძლევა;
- პაციენტის საჭიროებების მიმართ რეალისტური მიდგომა;
- დროული რეაგირება შეცვლილ პრობლემებზე;
- ზოგადი მდგომარეობის პოტენციური გაუარესების პროგნოზირება;
- პალიატიური სამედიცინო დახმარების სხვადასხვა რგოლის ეფექტური და დროული კავშირი და კოორდინირება;
- საგანმანათლებლო პროგრამები [6,11,10].

მიზანი: პალიატიური სამედიცინო დახმარების ტაქტიკის შემუშავება ონკოლოგიურ პაციენტებში.

განხილვა: პალიატიური მზრუნველობის ტაქტიკა შემუშავებული უნდა იქნას როგორც ცხოვრების ხარისხის შეფასების, ასევე სიცოცხლის შესაძლო ხანგრძლივობის პროგნოზირების გათვალისწინებით.

ექიმის მიერ სიცოცხლის შესაძლო ხანგრძლივობის შეფასება, რომელიც ეყრდნობა გამოცდილებას, ლიტერატურულ მონაცემებს, დაავადების კლინიკურ სურათს, წარმოადგენს პროგნოზირების ყველაზე მარტივ მეთოდს. ცუდი პროგნოზის პრედიქტორებად განიხილება დაავადების პროგრესირების შეუქცევადი ნიშნები, როგორცაა: სიმსივნური პროცესის გავრცელება, წონის დაქვეითება, ანორექსია, სუნთქვის უკმარისობა, პათოლოგიური კლინიკური ნიშნების მართვის გაძნელება, ასთენია, ფუნქციური კლასის მკვეთრი დაქვეითება, არტერიული ჰიპოტენზია, სითხის შეკავების ნიშნების მზარდი მომატება, ცნობიერების დათრგუნვა, მე-3-4 ხარისხის ნაწოლები, ჰიპოალბუმინემია, ლიმფოციტების შემცირება. არსებითი მნიშვნელობა ენიჭება პაციენტის ასაკს და თანამხლები დაავადებების კლინიკური გამოვლენის სურათს [3,4]. ასეთი მეთოდი მეტად სუბიექტურია, ხოლო პროგნოზი ხშირად შორსაა რეალობიდან, ამიტომ ექიმები უარს ამბობენ პაციენტის სიცოცხლის ხანგრძლივობის პროგნოზირებაზე, რასაც ეთიკური მოსაზრებით ხსნიან. პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე დაყრდნობით ობიექტური პროგნოზირების სკალა შეიმუშავა კარნოფსკიმ 50 წლის წინ. მსგავსი სკალა, ოღონდ უფრო მარტივი 1968 წელს შეიმუშავდა აშშ-ში აღმოსავლეთ ონკოლოგთა გაერთიანებული ჯგუფის მიერ (Eastern Cooperative Oncology Group, ECOG) ონკოლოგიური პაციენტების თვითმომსახურების შესაძლებლობის ხარისხსა და ყოველდღიური ფიზიკური აქტივობის დონეზე დაყრდნობით [15].

Palliative Performance Scale (PPS) - არის სიცოცხლის შესაძლო ხანგრძლივობის პროგნოზული სკალის თანამედროვე მოდიფიკაცია, რომელიც წარმოდგენილია ცხრ.№1-ში.

**ცხრილი №1. პალიატიური მზრუნველობის ეფექტურობის სკალა
Palliative Performance Scale (PPS)**

%	რეჟიმი	ფიზიკური აქტივობა და დაავადების კლინიკური გამოვლენა	თვითმომ-სახურება	პერორალური მიღება	ცნობიერების დონე
100	აქტიური	აქტივობა ნორმალურია, დაავადების კლინიკური გამოვლენა არ არის	სრულად	თავისუფლად	ნათელი
90	აქტიური	აქტივობა ნორმალურია, დაავადების კლინიკური გამოვლენა უმნიშვნელოა	სრულად	თავისუფლად	ნათელი
80	აქტიური	ნორმალური აქტივობისთვის საჭიროა ძალდატანება, დაავადების კლინიკური ნიშნები ზომიერია	სრულად	თავისუფლად ან მცირედ შეზღუდული	ნათელი
70	დაქვეითებული	შეუძლებელია ნორმალური აქტივობა, დაავადების კლინიკური ნიშნები ზომიერია	სრულად	თავისუფლად ან მცირედ შეზღუდული	ნათელი
60	დაქვეითებული	სახლის საქმეების შესრულების უუნარობა, დაავადების მნიშვნელოვანი კლინიკური გამოვლენა	არც თუ იშვიათად საჭიროებს დახმარებას	თავისუფლად ან მცირედ შეზღუდულია	ნათელი ან მცირედ დათრგუნული
50	მეტად მჯდომარე/ მწოლიარე	ნებისმიერი ფიზიკური აქტივობა შეუძლებელია, გამოსატყუთია გავრცელებული პროცესის კლინიკური ნიშნები	უმეტეს შემთხვევაში საჭიროებს დახმარებას	თავისუფლად ან მცირედ შეზღუდულია	ნათელი ან მცირედ დათრგუნული
40	უპირატესად მწოლიარე	ნებისმიერი ფიზიკური აქტივობა შეუძლებელია, გამოსატყუთია გავრცელებული პროცესის კლინიკური ნიშნები	მხოლოდ დახმარებით	თავისუფლად ან მცირედ შეზღუდულია	ნათელი ან მცირედ დათრგუნული, სოპორი
30	საწოლს მიჯაჭვული	ნებისმიერი ფიზიკური აქტივობა შეუძლებელია, გამოსატყუთია გავრცელებული პროცესის კლინიკური ნიშნები	თვითმომ-სახურება შეუძლებელია, საჭიროებს ტოტალურ მოვლას	შეზღუდულია	ნათელი ან მცირედ დათრგუნული, სოპორი
20	საწოლს მიჯაჭვული	ნებისმიერი ფიზიკური აქტივობა შეუძლებელია, გამოსატყუთია გავრცელებული პროცესის კლინიკური ნიშნები	თვითმომ-სახურება შეუძლებელია, საჭიროებს ტოტალურ მოვლას	მხოლოდ თხიერის მიღება მცირე ულუფებით	ნათელი ან მცირედ დათრგუნული, სოპორი
10	საწოლს მიჯაჭვული	ნებისმიერი ფიზიკური აქტივობა შეუძლებელია, გამოსატყუთია გავრცელებული პროცესის კლინიკური ნიშნები	თვითმომ-სახურება შეუძლებელია, საჭიროებს ტოტალურ მოვლას	მხოლოდ პირის ღრუს მოვლის სახით	სოპორი, კომა
0	სიკვდილი				

PPS ინდექსის თანახმად 50 ქულის და მის ქვევით მქონე პაციენტების სიცოცხლის ხანგრძლივობა მხოლოდ 10% შემთხვევაში აღემატება 6 თვეს. [6,9,10,13,14]

პალიატიურ პაციენტებში სიცოცხლის ხანგრძლივობის პროგნოზირების სკალას წარმოადგენს Palliative Prognostic Score (PaP Score) [7,8,10,13,14].

**ცხრილი №2. პალიატიური პროგნოზული ქულა
Palliative Prognostic Score (PaP Score)**

პარამეტრები	ქულები	
ქოშინი		
არის	0	
არ არის	1	
ანორექსია		
არის	0	
არ არის	1,5	
ფუნქციური სტატუსი კარნოფსკით, ან PPT		
>50	0	
10-40	2,5	
სიცოცხლის ხანგრძლივობის პროგნოზი - კვირები		
>12	0	
11-12	2	
7-10	2,5	
5-6	4,5	
3-4	6	
1-2	8,5	
ლეიკოციტების შემცველობა სისხლში		
ნორმალურია	0	
უმნიშვნელო ლეიკოციტოზი $11000/mm^3$	0,5	
გამოხატული ლეიკოციტოზი $>11000/mm^3$	1,5	
ლიმფოციტების შემცველობა სისხლში		
ნორმა	0	
ზომიერი ლიმფოპენია (12-19,9%)	1	
გამოხატული ლიმფოპენია (0-11,9%)	2,5	
ინტერპრეტაცია PaP Score		
რისკის ჯგუფები	1 თვიანი სიცოცხლის ხანგრძლივობის ალბათობა	ქულათა ჯამი
A	>70%	0-5,5
B	30-70%	5,6-11
C	<30	11,1-17,5

ამრიგად, პალიატიური მზრუნველობის ტაქტიკის შემუშავებაში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება სიმსივნური პროცესის გავრცელების და ამა თუ იმ შესაძლო გართულებების განვითარების რისკების ადრეულ პროგნოზირებას. პალიატიური სამედიცინო დახმარების ტაქტიკის არჩევა უპირობოდ დამოკიდებული უნდა იყოს პაციენტის სიცოცხლის შესაძლო ხანგრძლივობის პროგნოზზე და არა მხოლოდ პაციენტისა და მისი ოჯახის ნევრების სურვილზე, ასევე, მოსალოდნელ გართულებებსა და სპეციფიკური მკურნალობით გამოწვეულ გვერდით მოვლენებზე. პაციენტთან და მისი ოჯახის ნევრებთან პალიატიური მზრუნველობის გეგმის წინასწარი განხილვა შესაძლებელს ხდის თავიდან აგვარიდოს ის სტრესი, რაც გამოწვეულია უეცრად განვითარებული ექსტრემალური სიტუაციით, როცა ხდება გადაწყვეტილების მიღება სამედიცინო ჩარევის მიზანშეუწონელობის შესახებ. ამრიგად, ასეთი მიდგომა ხელს შეუწყობს: ცხოვრების ადეკვატური ხარისხის შენარჩუნებას ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებულ ინკურაბელურ პაციენტებში, პაციენტისა და მისი ოჯახის ნევრების სულიერი სტატუსის გაუმჯობესებას და საზოგადოებაში დაავადების მიმართ სოციალური დაძაბულობის შემცირებას.

ლიტერატურა:

1. პალიატიური მზრუნველობა - საზღვარგარეთის ქვეყნების გამოცდილება და მისი განვითარების პერსპექტივები საქართველოში/თსსუ სამეცნიერო შრომათა კრებული 20196, ტ.53, 31-34გვ/ ნ.გეგეშიძე, მ.შავდია/
2. Курс лекций по паллиативной медицине / Под ред. проф. Г.А. Новикова. – М.: Российская ассоциация паллиативной медицины. 2017. С.11-52.
3. Паллиативная медицинская помощь в онкологии: учебник / Под ред. проф. Г.А.Новикова и проф. Е.П. Куликова. Учебник. – М.: Российская ассоциация паллиативной медицины, 2016. С.12-28.
4. Соловьев В.И., Новиков Г.А., Куликов Е.П., Семкина Е.Н. Паллиативное лечение больных с распространенными формами рака. – Смоленск: Рекламно-издательский отдел Смоленского ЦНТИ. 2004. С. 2-28.
5. Del Fabbro E, Dalal S, Bruera E. Symptom control in palliative care – part III: dyspnea and delirium. J Palliat Med. 2006;9: 422-436.
6. Ellershaw J., Ward C. Care of the dying patient: the last hours or days of life. BMJ 2003;326:30-4
7. Griffin JP., Nelson JE., Koch KA., Niell HB., Ackerman TF., Thompson M., Cole FH. End-of-Life Care in Patients with Lung Cancer. Chest 2003;123:312-331
8. ICSI Health Care Guideline. Health Care Guideline: Palliative Care, Jan 2007
9. Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer: the Manual (2004). National Institute for Clinical Excellence.
10. Maltoni M., Caraceni A., Brunelli C., Broeckaert B., Christakis N., et al. Prognostic Factors in Advanced Cancer Patients: Evidence-Based Clinical Recommendations—A Study by the Steering Committee of the European Association for Palliative Care. J Clin Oncol, 2005; 23:6240-6248
11. National Consensus Project for Quality Palliative Care. Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care, Second Edition, 2009
12. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Palliative Care. V.1.2007. www.nccn.org
13. Ngo-Metzger Q., August KJ., Srinivasan M., Liao S., Meyskens FL. End-of-Life Care: Guidelines for Patient-Centered Communication. Am Fam Physician. 2008;77(2):167-174
14. Saunders DC. Principles of symptom control in terminal care. Med. Clin. North Am. 1982; 66:1169-118.
15. Oken, M.M., Creech, R.H., Tormey, D.C., Horton, J., Davis, T.E., McFadden, E.T., Carbone, P.P.: Toxicity And Response Criteria Of The Eastern Cooperative Oncology Group. Am J Clin Oncol 5: 649 - 655, 1982

SUMMARY

BRIEF SCIENTIFIC REVIEW

Gegeshidze N.¹, Tchaava Kh.¹, Shavdia M.², Ninashvili N.³

CHOOSING PALLIATIVE MEDICAL TACTICS CONSIDERING THE POSSIBLE LIFE EXPECTANCY IN CANCER PATIENTS

TSMU, DEPARTMENT OF PROPEDEUTIC¹; DEPARTMENT OF ONCOLOGY²; DEPARTMENT OF EPIDEMIOLOGY³

Palliative care tactics should be designed to assess both quality of life and predict possible life expectancy. The article discusses the modern modification of the possible life expectancy scale. The choice of palliative care tactics should unconditionally depend on the expected prognosis of the patient's possible life expectancy and not only on the desire of the patient and his family members, but also on the expected complications and side effects caused by specific treatment.